

**Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der
der Phototherapeutischen Keratektomie (PTK)**

Name:

LANR: (soweit bereits bekannt)

BSNR: (soweit bereits bekannt)

Telefon / Telefax:

E-Mail-Adresse:

Praxisanschrift:

Straße:

PLZ und Ort:

ggf. abweichende Anschrift des Excimer-Laser-Standortes

Straße:

PLZ und Ort:

Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ):

.....

Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) mit:

.....

Teilberufsausübungsgemeinschaft mit:

.....

Angestellte(r) Ärztin/Arzt bei

.....

I. Fachliche Voraussetzungen gemäß § 3 QSV

Die fachlichen Voraussetzungen werden vom Antragsteller / dem beim Antragsteller tätigen Arzt nachgewiesen durch:

1. Facharzturkunde "Augenheilkunde"
oder: Urkunde liegt der KV Nordrhein bereits vor

2. Nachweis über die selbständige Durchführung von 10 phototherapeutischen Keratektomien mit dem Excimer-Laser durch die Vorlage von "Log-files" (Papierform oder elektronisch) und / oder weitere Unterlagen, aus denen der Operateur, der behandelte Patient und die Art des Eingriffs ersichtlich sind

oder

Nachweis der selbständigen Durchführung von 10 Eingriffen mittels eines Excimer-Lasers durch die Vorlage von "Log-files" (Papierform oder elektronisch) und / oder weitere Unterlagen, aus denen der Operateur, der behandelte Patient und die Art des Eingriffs ersichtlich sind
sowie
Teilnahmenachweis an einer mindestens zweistündigen Fortbildung zum Thema PTK
(Nachweis ist beigelegt)

II. Apparative und räumliche Voraussetzungen gemäß § 4 QSV

Die folgenden apparativen und räumlichen Voraussetzungen werden erfüllt

1. Verwendung eines Excimer-Lasers, der geeignet ist, oberflächliche Anteile der Hornhaut (bis ca. 100µm Tiefe) durch thermische Laserimpulse abzutragen.

2. Das Gerät muss über eine CE-Kennzeichnung gemäß dem Medizinproduktgesetz verfügen.

3. Das Gerät ist für die Durchführung von phototherapeutischen Keratektomien geeignet

4. Gerätenachweis durch den Hersteller ist beigelegt

Ich erkläre durch meine Unterschrift, dass ich die Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur phototherapeutischen Keratektomie (Qualitätssicherungsvereinbarung PTK) inhaltlich zur Kenntnis genommen habe.

Alle sich auf die aufgeführten Anforderungen beziehenden Änderungen werde ich der KV Nordrhein **unverzüglich** mitteilen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift und
Vertragsarztstempel
des Antragsstellers

.....
Ggf. Unterschrift des anstellenden
Arztes / des Ärztlichen Leiters des MVZ